Lane Medical Library

DER MATRONENPOLYP DES UTERUS-KÖRPERS.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde
einer
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
der Ruprecht-Karls-Universität
zu Heidelberg

vorgelegt von

JULIUS SCHÖNEBAUM.

*

1926

DRUCK: BUCHGEWERBE HALBACH, HORDE.

„Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg."

Dekan:
Prof. Dr. Gotschlich.

Referent:
Geh. Rat Prof. Dr. Menge.

1928.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Der Matronenpolyp des Uteruskörpers.

Ueber die gynäkologischen Erkrankungen der Unterleibsorgane der Frau besteht eine recht umfangreiche Literatur. Zwar sind wir hinsichtlich der Diagnostik mit allen uns zu Gebote stehenden Hilfsmitteln noch nicht immer in der Lage, einwandfrei das Krankheitsbild zu kennzeichnen, doch gilt wenigstens für die Mehrzahl der Fälle, daß wir die Ursachen und damit auch eine Klärung der Erscheinungen herbeiführen können. Sei es nun, daß es sich um Neubildungen gutartiger oder bösartiger Natur, um entzündliche oder infektiöse Prozesse des Genitaltraktus handelt. Fast immer ist man imstande, durch Inspektion oder Palpation, durch mikroskopische oder serologische Untersuchungen die Diagnose zu stellen. Ist diese erst gefunden, so sind zwar auch hinsichtlich der therapeutischen Maßnahmen die Wege nicht einheitlich, aber doch im großen und ganzen vorgeschrieben, sodaß sie eine Besserung oder Heilung des Krankheitszustandes ermöglichen. Das gilt wenigstens für die meisten Genitalaffektionen, die uns bekannt sind.

Ein aber bis heute noch sehr wenig erforschtes Krankheitsbild ist Anlaß zu dieser Arbeit gewesen, darum dürfte es sich verlohnen, von ihm einmal zusammenfassend zu berichten:

Es handelt sich um das Corpusadenom der Matrone, dessen Pathogenese, Klinik und Therapie wir in nachfolgendem auf Grund eines einschlägigen Falles näher erörtern wollen.

Seine erste Kenntnis verdanken wir im wesentlichen Menge. Sonst ist bislang über dieses Krankheitsbild in der gynäkologischen Literatur und auch in den gebräuchlichsten Lehr- und Handbüchern der Gynäkologie und der pathologischen Anatomie so gut wie garnichts berichtet worden. Die Ursache dafür dürfte darin zu erblicken sein, daß diese Anomalie an sich selten ist. Menge hat sie zuerst erforscht und beschrieben. Auf seine im Jahre 1922 erschienene Arbeit müssen wir darum auch des Näheren eingehen, wenn wir das uns zur Bearbeitung gestellte Thema erschöpfend behandeln wollen.

Menge hält das Korpusadenom der Matrone für eine pathologische Neubildung sui generis. Er sieht in ihm auf Grund seiner Beobachtungen ein typisches Krankheitsbild, das seiner Meinung nach jedem Gynäkologen geläufig sein sollte. Von früheren anderen Autoren ist nur Klob auf diese eigenartige, vom senilen Endometrium ausgehende Wucherung eingegangen. Die Aufzeichnungen hierüber sind in dem Lehrbuche der pathologischen Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane von Klob niedergelegt. Hier wird das Thema aber lediglich von morphologischen Gesichtspunkten aus behandelt. Auch Hofmeier hat in seinem Lehrbuch ganz kurz zwei Fälle von Korpusadenom der Matrone beschrieben. Auf die Sonderstellung dieser Bildung gegenüber den gewöhnlichen Korpusschleimhautpolypen hat jener Autor nicht besonders hingewiesen. Damit aber ist die gesamte bisherige Literatur über dieses Krankheitsbild erschöpft. Die übrigen Lehrbücher der Frauenheilkunde, sowohl die kleineren als auch die größeren Umfanges, enthalten zu dieser Frage ebenso wenig Aufzeichnungen wie die Operations-Lehrbücher, oder die Spezialabhandlungen über die pathologische Anatomie der weiblichen Genitalorgane. Immer wieder findet man zwar kürzere oder längere Ausführungen über den wohl hinlänglich bekannten Korpusschleimhautpolypen, aber niemals ist des Matronenpolypen Erwähnung getan. Und doch ist sehr wohl zwischen beiden Krankheits-

formen zu trennen. Wollen wir die dabei vorkommenden Möglichkeiten einmal geschlossen betrachten, so haben wir zu unterscheiden zwischen den gewöhnlichen Schleimhautpolypen auf der einen und dem Matronen-Polypen auf der anderen Seite.

Was nun die gewöhnlichen Schleimhautpolypen anbelangt, so stellen diese gutartige Wucherungen der Mucosa dar. In dieser Tatsache allein liegt begründet, daß sie Erscheinungen machen, durch die die Trägerin darauf aufmerksam wird, daß ein Krankheitsprozeß an ihren Unterleibsorganen besteht. Solche polypösen Adenome sind die am häufigsten zur Beobachtung gelangenden Formen. Ihr Sitz ist vorwiegend der Cervikalkanal. Bei entsprechender Größe ragen sie mit einem Teil nicht selten als hochrote Beere aus dem äußeren Muttermund heraus. Vielfach findet man neben einem solchen Polypen auch einen zweiten und ausnahmsweise können sie auch multipel auftreten. Größere Bildungen dieser Art stellen Ausnahmen dar. Kommen sie vor, so tragen sie nicht den schleimigen, zerfließlichen Charakter, den man bei derartigen Polypen sonst beobachtet, sondern sie sind dann oft mit einem starken verzweigten bindegewebigen und muskulösen Gerüst ausgestattet. Sie sind dann also teilweise fibrös. In solchen Fällen ist auch ihre Oberfläche nicht glatt, sondern uneben, warzig, höckerig und buckelig. Als Ursprungsort kommt entweder die Zervix selbst, oder aber auch eine ektropionierte Muttermundslippe in Frage. Histologisch ist der Bau der beiden Formen nahezu der gleiche. Nur, daß man bei den teils fibrösen Polypen ein mehr festes bindegewebiges Gerüst findet, bei den reinen Schleimhautpolypen dagegen mehr Drüsengewebe. Beiden gemeinsam sind mehr oder weniger umfangreiche runde oder ovale schleimhautführende Hohlräume, die entsprechend dem Bau der Schleimhaut und ihrem Ursprunge mit hohem Cylinder-Epithel ausgestattet sind.

Die Krankheitserscheinungen, durch diese Polypen bedingt, bestehen meistens in einer stärkeren Schleimsekretion. Sie können unter Umständen aber auch zu atypischen meist unbe-

deutenden Blutungen führen. Reichen diese Neubildungen ausnahmsweise durch tiefen Sitz und einen langen Stiel einmal bis in die Scheide, oder gar aus dieser heraus, so können sie auch die Trägerin mechanisch belästigen, wodurch diese dann erst recht veranlaßt ist, ärztlichen Rat einzuholen.

Die Therapie ist einfach. Die Polypen werden abgetragen, am besten abgedreht, wobei man allerdings immer darauf zu achten hat, daß man sie auch restlos entfernt. Darum ist es geraten, durch Nachschabung mit einer scharfen Curette Sicherheit zu schaffen, daß auch der Boden, auf dem sie gewachsen sind, restlos von gewuchertem Gewebe frei ist. Ferner muß man sich immer vergegenwärtigen, daß der Stiel sehr gefäßreich sein kann und Blutungen aus ihm möglich sind. Man muß ferner immer daran denken, daß differentialdiagnostisch die eben beschriebenen Polypen auch einmal Verdacht auf Carcinom erwecken können, weil die Drüsen oft eine starke Verschiebung, zuweilen auch eine Mehrschichtung des Epithels aufweisen. Im Polypen selbst kommt dieser Schichtung die suspekte Bedeutung nicht zu, weil die drüsige Bildung auch bei wilderem Drüsenwachstum stets auf den Polypen selbst begrenzt ist. Da aber die Schleimhautpolypen des öfteren in Verbindung mit anderen Genitalerkrankungen vergesellschaftet vorkommen, z. B. in Gemeinschaft mit Myomen, so dürfte es sich empfehlen, zur Sicherung ihrer Gutartigkeit stets die mikroskopische Untersuchung auszuführen. Das gilt besonders für alle die Fälle, in denen nach der Menopause das Krankheitsbild beobachtet wird. Dann darf man sich niemals mit der einfachen Abtragung begnügen, wenn man nicht Gefahr laufen will, schwere Erkrankungen in ihren Anfängen zu übersehen.

Schon Tixier und Mischon haben in einer besonderen Arbeit darauf hingewiesen, daß bei einigen von ihnen beobachteten Fällen Schleimhautpolypen längere Zeit vorher der einzige objektive Befund gewesen sind, aus denen sich späterhin bösartige Neubildungen entwickelten. Meist handelt es

sich dann um das Entstehen eines Uterus-Carcinoms. Deswegen ist die Forderung auch berechtigt, daß der einfache Nachweis eines Schleimhautpolypen stets Veranlassung geben soll zu einer mikroskopischen Untersuchung. Ist erst eine Carcinombildung vorliegend, so kann diese sowohl an der Basis des Polypen als auch an seiner Spitze lokalisiert sein. Je nach diesem Sitz werden Symptome und Ausbreitung des Prozesses verschiedenartig gewertet werden müssen. Durch die sich bildenden Zersetzungsvorgänge sind die ersten Erscheinungen meistens in einer schleimig, blutig und eitrigen Sekretion zu sehen. Dadurch veranlaßt suchen die Trägerinnen meistens schon zeitig den Arzt auf, der bei richtiger Beurteilung des Krankheitsbildes dann auch rechtzeitig größere Gefahren durch entsprechendes Vorgehen abwenden kann. Der Weg hierfür dürfte in vielen Fällen durch vaginales Eingreifen gekennzeichnet sein. Auch der abdominale Weg kann beschritten werden und es ist das jeweilige Vorgehen abhängig von der Frühdiagnose und der Erfahrung des jeweiligen Operateurs. Sind die Prozesse umfangreicher Natur, so besteht immerhin die Gefahr der Verschleppung infektiösen Materials auf dem Blut- oder Lymphwege. Dadurch verschlechtert sich dann meistens auch die Prognose quoad vitam et quoad sanationem. Bei den breitbasig aufsitzenden malignen Schleimhautpolypen ist ein Uebergreifen auf die Muskulatur des Uterus die mögliche Folge, sodaß man es in solchen Fällen mit einem regulären Corpus-Carcinom zu tun hat. Die Therapie muß dann entsprechend sich danach richten. Zur Beseitigung ist gegebenenfalls sowohl die Röntgen-Radium-Behandlung als auch die Operation oder eine Vergesellschaftung dieser Verfahren angängig.

Handelt es sich dagegen nur um Polypen, deren Sitz ausschließlich in der Cervix sich befindet, so ist unser Augenmerk in erster Linie auf die Epidermisierung der Oberfläche, der Buchten und der Drüsen zu konzentrieren. Da sie unter Umständen sich auf breite Striche ausdehnen können, so ist es

nicht immer leicht, das Ziel zu erreichen. Die genauere Untersuchung hierüber muß die Art des Vorgehens bestimmen. Hinsichtlich der Symptome allein, die die Schleimhautpolypen bieten, kann man die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen nicht von vornherein festlegen. Wir finden bei dieser Art der Neubildungen ja kaum von den übrigen Wucherungen in der Gebärmutter abweichende Erscheinungen, weswegen eine Differenzierung ohne weiteres nicht leicht möglich ist. Alle im Gebärmutterkörper lokalisierten Neubildungen haben ja oft das Symptom der Blutung gemeinsam. Deswegen ist es wichtig, außer diesen Anzeichen noch nach weiteren zu fahnden, die eine exaktere Diagnosenstellung ermöglichen. Einmal kommt uns hierbei die Palpation zur Hilfe. Wir finden dann, daß bei der Untersuchung die Schleimhautpolypen, wie wir schon eingangs dargelegt haben, meistens weich und gelappt erscheinen.

Eine besondere Art von Schleimhautpolypen gegenüber den beschriebenen ist nun der sogenannte Matronen-Polyp des Uterus-Körpers, der eine proliferierende, gutartige, polypös gestaltete, echte, adenomatöse Neubildung darstellt. Ueber die Art ist in der Literatur — wie wir feststellen konnten — noch wenig geschrieben worden. Deshalb sei zum besseren Verständnis wiedergegeben, was Schröder zu diesem Kapitel ausgeführt hat. Er sagt: „Es gibt wohl kein Gewebe des menschlichen Körpers, welches auch bei gutartiger Wucherung den malignen Formen so nahestehende Bilder liefert, wie die Uterus-Schleimhaut. Wenn das Drüsengewebe stärker wuchert, so können zwei Arten von Geschwülsten entstehen, entweder die diffuse Schleimhautwucherung, das Adenoma diffusum oder Polypen. Diese sind dann im wesentlichen aus normalen und cystisch degenerierten Drüsen zusammengesetzt, für die man den Ausdruck des Adenoma polyposum geprägt hat". Im Anschluß hieran sagt auch Schröder schon, daß die polypöse Form des Adenoms den Gynäkologen bisher nur wenig interessiert habe, oder doch nur geringe Beachtung gefunden zu haben scheine. Dabei sei zur Erläuterung des Krankheitsbildes be-

sonders darauf hingewiesen, daß das Adenom der Uterus-Schleimhaut zwar nicht ausschließlich, aber doch vorzugsweise im späteren Alter vorkommt. Gewöhnlich erfolgt die Bildung entweder um die Zeit der Menopause oder nach derselben. Jedenfalls fällt seine Entstehung meistens in die Epoche, in der die Schleimhautauskleidung der Uteruskörperhöhle bereits atrophisch zu werden pflegt. Das gilt gleichermaßen für Frauen, die geboren haben, als auch für Nullipare. Vielfach wird nun angenommen, daß die Bildung das Resultat eines chronischen Uteruskatarrhs ist, der des öfteren im Anschluß an einen solchen Prozeß bei alten Frauen in die Erscheinung tritt. M e n g e, der das Matronenalter besonders berücksichtigt hat, sagt, „daß das Korpus-Adenom der Matrone meistens polypös geformt sei". Weil sein Gewebe stets auch von zahlreichen, die Oberfläche durchscheinenden kleinen, blasigen Hohlräumen durchsetzt ist, bezeichnet Klob auch das Krankheitsbild als Blasenpolyp. Diese Nomenklatur dürfte allerdings mehr dazu angetan sein, Verwechslungen herbeizuführen, und aus diesem Grunde ist es wohl richtiger, die Bezeichnung K l o b s abzulehnen. Es dürfte genügen, in Uebereinstimmung mit M e n g e das Korpusadenom der Matrone für eine pathologische Neubildung sui generis zu halten unter Vergegenwärtigung der Tatsache, daß ihm ein ganz typisches Krankheitsbild eigen ist. Von diesem allerdings muß gefordert werden, daß es zum mindesten jedem Facharzt für Frauenheilkunde geläufig sein sollte.

M e n g e selbst unterscheidet zwischen aktiv und passiv entstandenen Matronen-Polypen. Er weist darauf hin, daß das Korpus-Adenom der alten Frau nur wenig Passives in seiner Entstehung habe. Nach M e n g e ist es vielmehr ein für das vorgeschrittene Matronenalter charakteristisches, echtes Neoplasma, ein zwar gutartiges, aber in seinem Wachstum wirklich proliferierendes Adenom von polypöser Form. In seiner Entstehung ist es dadurch gekennzeichnet, daß es durchaus oder wenigstens vorwiegend aktiv ist. Hingegen gewinnt das passiv entstandene Gebilde seine polypöse Gestalt dadurch, daß

es durch Kontraktionen der Uterus-Muskulatur getrieben, einen Stiel auszieht. Dieser Stiel, der den eigentlichen aktiv entstandenen Teil ausschließlich darstellt, kann, was auch nicht selten beobachtet wird, sogar ziemlich breit sein. Er inseriert durchaus nicht regelmäßig am oberen Pol des in seiner Form der Gestalt der Uterushöhle sich anpassenden Gebildes, sondern er pflanzt sich an beliebiger Stelle, z. B. seitlich an die polypöse Masse ein.

Um einen solchen proliferierenden, adenomatösen Polypen handelt es sich nun in dem dieser Arbeit zu Grunde liegenden Falle. Ehe wir ausführlicher auf ihn eingehen, wollen wir ihn kurz beschreiben.

Die fragliche Patientin wurde am 22. 6. 1924 in die Heidelberger Universitäts-Frauenklinik aufgenommen. Sie war damals 51 Jahre alt. Ihre Familien-Anamnese bot keinerlei Besonderheiten. Die eigene Vorgeschichte besagte:

Anamnese:

Als Kind ist sie angeblich immer gesund gewesen. Die erste Periode stellte sich mit dem 16. Lebensjahre ein. Sie kam vierwöchentlich, regelmäßig, dauerte 3—4 Tage, war von normaler Stärke, trat ohne Beschwerden ein und ging auch so immer wieder vorüber. Geburten hatte die Patientin keine durchgemacht. Vor 24 Jahren war sie einmal wegen einer ihr unbekannten Ursache ausgeschabt worden. Seit diesem Eingriff fühlte sich die Patientin angeblich nicht ganz unterleibsgesund, jedoch waren ihre Beschwerden nie so erheblich, daß sie deswegen ärztlichen Rat einzuholen für nötig gehalten hätte.

Status:

Bei der Aufnahme klagte die Frau jetzt darüber, daß bei ihr seit Januar 1924 unregelmäßige Blutungen aufgetreten seien. Zunächst beobachtete sie solche in Zwischenräumen von 6—8 Wochen, in letzter Zeit häufiger. Sie stellten sich in Intervallen

von 2—3 Wochen ein. Während sie anfangs stärker gewesen waren, zeigten sie sich jetzt ziemlich schwach. Als Begleiterscheinung dieser Metrorrhagien wurde über Kopfschmerz, Schwindel und Herzklopfen geklagt. Außerdem gab die Patientin an, daß sie an Ausfluß leide, den sie früher nicht gekannt habe und der in wechselnder Stärke besonders nach den Blutungen auftrete.

Die Untersuchung ergab folgendes:

Befund: Gutgenährte, kräftig gebaute aber dennoch etwas elend aussehende Frau. Schon die blaßgelbe etwas fahle Gesichtsfarbe ließ vermuten, daß die Patientin ihr nicht zuträgliche Blutverluste erlitten hatte. Die sichtbaren Schleimhäute blaßrosa, Mund- und Rachenorgane ebenso Herz und Lunge ohne besondere Veränderungen. Der Urin war frei von Eiweiß und Zucker. Das Abdomen nicht aufgetrieben, weich und an keiner Stelle druckempfindlich. Leber und Milz nicht nachweisbar vergrößert. Die Behaarung des Körpers war normal.

Introitus und Vagina von normaler Beschaffenheit. Die Portio zylindrisch von glatter Oberfläche. Der anteflektierte, wenig vergrößerte Uterus war hart, von glatter Oberfläche und gut beweglich. Die Gebärmutteranhänge zeigten keinerlei Schwellungen.

Wegen der unklaren Ursache der Blutungen wurde beschlossen, bei der Patientin ein Abrasio zu machen.

Die Sondenlänge des Uterus ergab $7^3/_4$ cm. Nach Dilatation bis Hegar Nr. 10 wurde ausgeschabt, wobei mäßig viel Schleimhautmaterial zu Tage gefördert werden konnte. Das Uterus-Cavum wurde ausgewischt und ein Xeroformgazestreifen in den Uterus und die Scheide eingelegt.

Bei der genauen Kontrolle des durch die Ausschabung gewonnenen Materials zeigte sich ein Polyp, der etwa der Größe einer weißen Bohne entsprach. Dieses Gewebe wurde eingehend mikroskopisch untersucht. Dabei ergab sich folgender Befund:

Im Uebersichtsbild mit der Lupe sieht man in der Hauptsache, daß es sich seinem Bau nach um einen adenomatösen Polypen handelt. Vereinzelt finden sich allerdings fibröse Gewebsinseln. Bei der histologischen Untersuchung ergibt sich dann in der Struktur ein lockeres Stroma, so wie es der Schleimhaut zu eigen ist. Die Drüsenlumina zeigen sich als außerordentlich stark cystisch erweitert. Ihr Epithel in den verschiedenen Gesichtsfeldern ist einschichtig, jedoch stark abgeplattet. Vereinzelt sieht man eine Neigung zur Mehrschichtung, ohne daß jedoch irgendwelche Anhaltspunkte dafür zu erheben waren, daß es sich um eine in Entwicklung begriffene bösartige Neubildung handeln könnte. Man findet nämlich überall typisches Cylinder-Epithel mit einem an der Basis sitzenden Kern, abwechselnd mit dem Uebergange bis zum Plattenepithel. Vereinzelt zeigen sich die Drüsen zwar stark, aber in keiner Weise etwa auffallend ausgezogen. An zwei Stellen des Präparats konnte man in Verbindung mit einer Mehrschichtung des Epithels auch eine deutliche Tendenz zur Verhornung feststellen, was durch die außerordentliche Rotfärbung bei der angewendeten van Gieson-Methode leicht zu erkennen war. Außerdem finden sich mehrfach kleinzellige Infiltrate, die wohl als Ausdruck einer begleitenden chronischen Entzündung aufgefaßt werden mußten. In dieser Bedeutung war man umsomehr bestärkt, als man an einer Stelle sogar den Eindruck des Granulationsgewebes hatte, das sich unverkennbar feststellen ließ durch massenhaft, sowohl durch Form als auch durch Färbung nachweisbar typischer Epitheloidzellen und Gefäßproliferationen. Es sei nochmals betont, daß trotz eifrigster Forschungen in mehreren Präparaten keinerlei Anhaltspunkte für Malignität zu erheben waren. Demnach mußte unsere Diagnose lauten:

Diagnose:

Adenomatöser Schleimhautpolyp mit geringen entzündlichen Infiltraten und fibrösen Einsprengungen.

Ehe wir nun zu dem durch diesen klinisch und mikroskopisch genau beobachteten Fall neu geschaffenen relativ unbekannten Krankheitsbild Stellung nehmen, wollen wir über ähnliche Beobachtungen berichten. 5 weitere in dieses Kapitel gehörende Fälle stehen uns als Material noch zur Verfügung. Sie sind alle bei Matronen an der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik beobachtet worden. Zeitlich liegen sie weiter zurück.

1. Fall.

Eine 58jährige Patientin wurde am 9. 10. 1905 in die Klinik aufgenommen. Sowohl die Familienanamnese als auch die eigene Lebensgeschichte der Frau boten nichts Besonderes. Sie war angeblich noch nie ernstlich erkrankt. Ihr Unwohlsein hatte sie zum ersten Male mit 15 Jahren bekommen. Es war stets alle 4 Wochen in ganz regelmäßigen Intervallen aufgetreten, wobei allerdings immer schon starke Schmerzen empfunden worden waren. Die letzte Menses war im Jahre 1898, also im Alter von 51 Jahren gewesen. Bei der Aufnahme bestand demnach bereits seit 7 Jahren die Menopause. Die Patientin hatte 4 Geburten durchgemacht, die sämtlich glatt und komplikationslos verlaufen waren. Alle Wochenbetten waren ebenfalls fieberfrei gewesen. Die letzte Geburt erfolgte im Jahre 1890.

Der Beginn der Erkrankung, weswegen die Patientin jetzt die Klinik aufsuchte, lag etwa $^3/_4$ Jahre zurück. Bereits kurz vor dieser Zeit hatte sich erstmalig eine Blutung eingestellt, die sich danach in Abständen von 4—5 Wochen wiederholte. Sie war anfangs immer nur sehr schwach und dauerte angeblich auch nur einige Minuten. Etwa 4 Wochen vor der Aufnahme stellte sich jedoch eine heftigere länger dauernde Blutung ein. Im Anschluß daran sollen fetzenartige Stücke von üblem Geruch abgegangen sein, während sonst nie Ausfluß bestanden hatte. Andere Beschwerden hatte die Patientin nicht vorzubringen. Es bestand weder eine Appetitlosigkeit noch eine Ab-

magerung, auch klagte die Patientin nicht über eine Beeinträchtigung ihres Allgemeinbefindens. Die Funktionen der Blase und des Mastdarmes gingen ohne jede Störung vor sich.

Bei der Aufnahme war folgender Status zu erheben:

Die mittelgroße Frau zeigte einen mäßigen allgemeinen Ernährungszustand bei vorhandenem mittelstarkem Fettpolster. Die Atmung ruhig und gleichmäßig, ebenso die Herzaktion. Keine anämischen Geräusche. Auch sonst ergab die Untersuchung der Brustorgane auskultatorisch und perkutorisch einen normalen Befund. Die Bauchorgane ohne Besonderheiten. Am Körper keinerlei Oedeme. Die Haut ist von normaler Beschaffenheit. Die Reflexe sämtlich gut auslösbar.

Status gynäcologicus:

Noduli haemorrhoidales; vernarbter Dammriß, leichter Bluterguß der hinteren Vaginalwand, Vagina kurz. Portio sehr tief stehend unterhalb der Interspinallinie. Vordere Muttermundslippe fast fehlend. An ihrer Stelle fühlt man eine rein höckerige, harte Masse, die auf die vordere Vaginalwand übergeht. Die hintere Lippe ist palpatorisch frei, nur geht die erwähnte Geschwulstmasse seitlich auch ein wenig auf die hintere Lippe über. Das Vaginalsekret war blutig. Das Collum erweist sich im ganzen als sehr stark verbreitert und sehr hart. Das Corpus-Uteri lag retroflektiert und war entsprechend der Stauung ein wenig vergrößert, sonst glatt, Parametrien beiderseits frei. Die Adnexe nicht verändert.

Die klinische Diagnose lautete nach diesem Befunde:

Carcinoma portionis et cervicis.

Operations-Bericht.

Typische abdominale Radikaloperation nach Freund-Wertheim mit Ausräumung der Parametrien. Auf der rechten Seite wurden dabei die vorhandenen Drüsen im Zusammenhang mit dem Bindegewebe entfernt. Beiderseits erfolgt die Freilegung der Ureteren bis zu ihrer Einmündungsstelle in die Blase. Dann

wird die Scheide bis weit hinunter freigelegt und von ihr eine große Manschette mit entfernt.

Den großen Eingriff überstand die geschwächte Patientin nicht. Drei Tage nach der Operation erfolgte der exitus letalis.

Die vorliegende anatomische Diagnose des pathologischen Instituts lautete:

Status nach Radikaloperation eines Uteruscarcinoms mit Drüsenausräumung. Peritonitis fibrinosa hämorrhagica. Kleine subperitoneale Abszesse an der Nahtlinie. Beginnende Gangrän des linken Ureters an der Blase. Thrombose der Venae iliacae. Carcinommetastasen in den Lymphdrüsen längs der Bauchaorta.

Der mikroskopische Befund sei ebenfalls wiedergegeben:

Das Gewebe des Corpus uteri erweist sich in seinen unteren Abschnitten von zahlreichen großen Carcinomalveolen durchsetzt. Der Typus ist an manchen Stellen vertreten, läßt aber nur vereinzelt beginnende Verhornung erkennen. Vielfach besteht ein Zerfall. In dem interalveolären Gewebe findet man Leukozyteninfiltrationen, darunter viel eosinophile Elemente. Die Gefäßwände zeigen relativ häufig hyaline Degeneration, die Gefäße selbst sind vielfach obliteriert. Das Carcinom setzt sich bis in den untersten Teil des den Polypen beengenden dilatierten Corpushöhlenabschnittes fort und von dort aus noch bis an die Innenfläche der Corpuswand reichend. In den weiter nach oben zu liegenden Abschnitten befindet sich carcinomfreie Schleimhaut, deren Oberfläche verschiedentlich in Plattenepithel transformiert ist, stellenweise kann man eine hochgradige entzündliche Infiltration und stärkeren Verfall der Schleimhaut an den Grenzen des Carcinoms feststellen. Im Ueberblick zeigt dieSchleimhaut an den verschiedensten Stellen das Bild der Endometritis glandularis et interstitialis. Das Myometrium erweist sich als kleinzellig infiltriert. Der Polyp hat in seinem Aussehen durchaus den typischen Bau mit sehr

großem Drüsenreichtum. Nur bei einzelnen der vorhandenen Drüsen sieht man eine anscheinend beginnende Mehrschichtung des Epithels.

Mikroskopische Diagnose:

Plattenepithelcarcinom des Collums und Corpus uteri. Metro-Endometritis. Adenoma polyposum corporis uteri.

Aus der Wiedergabe der ausführlichen Krankengeschichte dieses Falles geht in erster Linie einmal die Kombination von Uteruspolypen mit Carcinom hervor. Bedauerlicherweise enthalten die darüber vorhandenen Aufzeichnungen nur sehr wenig über den eigentlichen adenomatösen Polypen. Es ist nur vermerkt, daß er vorhanden war, und seine Struktur ist in der oben wiedergegebenen Weise gekennzeichnet. Einzelne Auslassungen über die Zusammenhänge dieser Neubildungen standen in den pathologisch-anatomischen Berichten nicht.

II. Fall.

Es handelt sich um eine 68jährige Patientin, die angeblich in ihrer Kindheit und auch später im Leben nie ernstlich krank gewesen sein will. Ihre Menses waren stets regelmäßig und von normaler Stärke. Sie hatte acht ausgetragene Geburten durchgemacht, darunter war einmal eine Zangenentbindung gewesen. Die Wochenbetten waren stets normal. Zwei Fehlgeburten waren komplikationslos verlaufen. Seit 15 Jahren bestand Amenorrhoe. Bei der Aufnahme klagte die Patientin darüber, daß seit 4 Wochen Blutungen, zeitweise übelriechender Ausfluß bestanden. Außerdem wurden hier und da auftretende Rückenschmerzen geäußert, sonst keine Klagen. Eine Gewichtsabnahme wurde verneint.

Status: Magere, aber nicht leidend oder elend aussehende Frau, mit fahler, blaßgelblicher Gesichtsfarbe, trockener, runzeliger Haut. Außer Altersveränderungen waren bei der Untersuchung der Patientin sonst keine besonderen von der Norm abweichenden Befunde zu erheben.

Wegen der Blutungen, die den Verdacht auf eine bösartige Neubildung erweckten, wurde beschlossen, eine Probeabrasio auszuführen.

Uterussondenlänge 8½ cm. Die Erweiterung des Cervicalkanals bis Hegar Nr 18. Dann wird mit stumpfer Curette ausgeschabt. Dabei fühlt man im Innern der Gebärmutterhöhle eine dicke, kugelige Vorwölbung, die den eingeführten Instrumenten ausweicht. Es wird deshalb erst einmal bimanuell untersucht. Hierbei stößt auch der in das Uteruscavum eingeführte Finger auf einen kugeligen Fremdkörper. Dieser wird daraufhin mit der Eihautzange gefaßt, abgedreht und herausgezogen. Er erweist sich als Corpus-Polyp.

Bei der anatomischen Untersuchung zeigte es sich, daß das Gewebestück aus ziemlich reichhaltigen Drüsen besteht, die fast durchweg garnicht oder sehr wenig erweitert sind. Ihr Epithel ist cylinderisch und an den geringen dilatierten Drüsen abgeflacht, einreihig, aber seitlich scharf und gut begrenzt; nirgends sind atypische Wucherungen zu beobachten. In den Drüsenlumina befindet sich mehrfach ein seröses Sekret. Das Stroma ist ziemlich kernreich und weist runde bis spindelige Zellelemente auf. An manchen Stellen ist es ödematös geschwollen und sehr gefäßreich. Außerdem zeigen sich sehr viele kleinere und größere Blutungsherde.

Mikroskopisch ergab sich an dem durch die Ausschabung gewonnenen Material:

Große Fundusmucosastücke von ähnlichem Bau wie der abgetragene Polyp. Die mäßig zahlreich vorhandenen Drüsen zeigen fast alle eine stark cystische Erweiterung. Sie sind ausgefüllt mit einer serösen Flüssigkeit. Ihr Epithel ist kubisch bis cylindrisch, einschichtig und überall scharf begrenzt. Das dazwischen liegende Stroma ist sehr zellreich und besteht vorwiegend aus spindeligen Zellelementen.

Danach lautet die histologische Diagnose:

1. Schleimhauthyperplasie
2. Corpuspolyp von adenomatös-cystischem Bau.

Für Bösartigkeit waren Anhaltspunkte nicht zu erheben.

$4^1/_2$ Monate nach der Entlassung wurde die Patientin wegen erneuter Blutung wiederum eingeliefert. Diesmal fand man einen kleinen etwa pflaumengroßen Polyp aus dem äußeren Muttermund in die Scheide hineinragend. Der Polyp wurde mit der Kornzange gefaßt und abgedreht; dabei konnte der Ort seines Ansatzes nicht deutlich festgestellt werden, da sein Stiel nicht bis zum Ansatz zu verfolgen war. Um allerdings über diesen genaue Aufklärung zu bekommen, wurde sicherheitshalber eine Untersuchung des Inneren der Gebärmutter vorgenommen. Mit der Sonde stieß man dabei überall auf glatte Wand. Um sich Gewißheit darüber zu verschaffen, daß die Uterushöhle auch vollkommen leer war, wurde nach Erweiterung des Cervicalkanals bis Hegar Nr. 17 digital nachgetastet. Dabei erwies sich das Cavum-Uteri als vollkommen leer und glatt. Nunmehr wurde noch einmal mit der stumpfen Curette vorgegangen und festgestellt, daß der Polyp von der oberen linken Hohlkante ausgegangen war. Unebenheiten waren im Innern der Gebärmutter nicht vorhanden.

Auch bei der nochmals ausgeführten mikroskopischen Untersuchung ergaben sich keine Anhaltspunkte für eine Bösartigkeit der Neubildung. Wiederum fanden sich nur stark erweiterte Drüsen-Lumina, die von plattgedrücktem Schleimhaut-Epithel ausgkleidet waren und überall eine scharfe Begrenzung zeigten. Das Stroma war ödematös geschwollen. Es bestand aus länglichen, etwas blasigen Zellelementen und war von reichlichen, stark dilatierten Gefäßen durchzogen. Nach der Oberfläche zu fanden sich dicke Infiltrationen von Leukocyten und Rundzellen; hier war das Epithel auch größtenteils abgestoßen.

Die mikroskopische Diagnose lautet deswegen:

Cystisch entarteter Cervixpolyp mit Exulcerationen an der Oberfläche.

Dieser Fall verdient aus der Reihe unserer Beobachtungen besondere Beachtung, weil er die Anschauung über den Matronenpolypen als selbständiges Krankheitsbild so wesentlich stützt. Das beweist, daß bei der immerhin schon sehr betagten Patientin die Neubildung gutartiger Natur war. Ferner aber auch, daß das in kurzer Zeit nach der Entfernung aufgetretene Recidiv makroskopisch und mikroskopisch nicht bösartig war, obwohl die relativ kurze Zeit seines Entstehens erneut den Verdacht auf Malignität erwecken mußte. Daraus mag erhellen, wie nötig es ist, gerade in solchen Fällen zur Sicherung der Diagnose das Mikroskop zur Hilfe zu nehmen.

III. Fall.

In diesem Falle handelt es sich um eine 62jährige Patientin Ihre Familien-Anamnese ist belanglos. Aus ihrer eigenen Vorgeschichte wäre zu berichten, daß die Frau zwei Schwangerschaften durchgemacht hat. Die erste Geburt lag 42 Jahre zurück und wurde durch Forceps beendet, die zweite und letzte erfolte vor 39 Jahren. In der Zwischenzeit waren irgendwelche intrauterinen Eingriffe nicht vorgenommen worden. Seit 11 Jahren war die Patientin amenorrhoisch. In den Wechseljahren sollen nur starke Blutungen bestanden haben, die nach ärztlicher Aussage durch ein Myom bedingt waren.

Ueber den Beginn der jetzigen Erkrankung gibt die Patientin an, daß sie zwei Monate vor der Aufnahme in die Klinik Blutabgänge mit leicht rosa verfärbten Schleimabsonderungen beobachtet habe. Solche Störungen hatten sich in unregelmäßigen Zeitabschnitten häufiger bemerkbar gemacht.

Bei der Untersuchung ergab sich:

Vulva und Vagina ohne Besonderheiten. Die Portio ein breiter Zapfen mit glatter Oberfläche, der Uterus glatt, faustgroß, anteflektiert, von knolliger Beschaffenheit. An den Gebärmutteranhängen keine besonderen Veränderungen. Uterussondenlänge 10 cm. Das Uterus-Cavum sehr weit. Es wird

beschlossen, eine Probeabrasio vorzunehmen. Dabei zeigte es sich, daß im Innern der Gebärmutterhöhle schätzungsweise bis bohnengrosse Gewebsteile vorsprangen. Ueber den Charakter dieser kleinen Tumoren ließe sich klinisch mit Sicherheit nichts aussagen. Sie machten den Eindruck, als ob sie polypös säßen. Die Beantwortung der Frage, ob es sich um kleinere submuköse Myomknoten evtl. mit sarkomatöser Entartung handelt, oder ob nur gutartige Schleimhautausstülpungen vorlagen, mußte dem Mikroskop überlassen werden.

Histologisch wurden drei derartige polypöse Gebilde, von denen eines in zwei Stücke auseinander gefallen war, untersucht. Dabei sah man massenhaft cystisch erweiterte Drüsenräume, die an sich gut gegen das Stroma abgegrenzt waren. Die einzelnen Drüsen erwiesen sich überall als einschichtig. Das Zwischengewebe war sehr zellreich. An der Oberfläche der verschiedenen Schnitte befanden sich stellenweise Blutungsherde.

Danach mußte die mikroskopische Diagnose auf ein benignes Uterus-Adenom gestellt werden. Das Befinden der Patientin nach dem Eingriff war gut und es hat sich auch späterhin unseres Wissens bei der Kranken keine Störung mehr gezeigt.

IV. Fall.

58jährige Patientin, Eltern tot. Vater starb mit 67 Jahren an Asthma, die Mutter mit 63 Jahren an einer Gebärmutter-Geschwulst. Die Patientin selbst hatte als Kind außer Keuchhusten und Masern eine Gehirnhaut-Entzündung. In späteren Jahren wurden nur Beschwerden rheumatischer Art geklagt. Das Unwohlsein hatte mit 15 Jahren begonnen und war stets regelmäßig alle 4 Wochen aufgetreten von 4tägiger Dauer und mittlerer Stärke, dabei hatten niemals Schmerzen bestanden. $2^1/_2$ Jahre zurückliegend, also im 56. Lebensjahre, zeigte sich das Unwohlsein zum letzten Male. Es hatte ziemlich plötzlich sistiert. Das Befinden war seitdem relativ gut. Die Patientin gab an, daß sie seit zwei Monaten einen ständigen blutigen Aus-

fluß in mäßiger Stärke habe. Eine ähnliche Absonderung sei schon einmal $1^1/_2$ Jahre vor ihrer Aufnahme in die Klinik beobachtet worden. Danach folgte eine völlig störungsfreie Zeit, bis jetzt vor 2 Monaten. Daneben klagte die Frau über schmerzhaftes Ziehen im Leibe und über das gelegentliche Auftreten eines heftigen Kreuzschmerzes, der sich bei längerem Stehen mehr in die linke Unterleibsseite hinzöge. Auch wollte die Kranke bemerkt haben, daß in den angegebenen Zeiträumen der Leib zusehends dicker geworden sei. Die Verdauung war ständig normal. Auch Wasserlassen erfolgte ohne Beschwerden. Etwa Anfang ihrer 40er Jahre war die Patientin angeblich wegen bestehender Myome längere Zeit in Behandlung gewesen und hatte wegen Blutungen Solbäder verordnet bekommen.

Bei der Untersuchung fand man schon bei der Inspektion das Abdomen ziemlich stark vorgetrieben. Der Leib war weich und gut eindrückbar und nirgends druckempfindlich. Durch die Bauchdecken hindurch tastete man in den abhängenden Partien derbe, knollige Tumoren, von denen man schon rein äußerlich zwei größere glaubte unterscheiden zu können. Der die linke Unterleibsseite ausfüllende ragte mit seiner oberen Kuppe bis etwa zwei querfingerdick unterhalb der Nabelhorizontalen. Der ihm angegliederte kleinere Tumor befand sich im rechten Hypogastrium und reichte bis zur Höhe der spina ant. sup. Dieser letzt beschriebene Tumor schien beweglicher und fühlte sich nur pelottenartig an. Die linksseitige Geschwulst saß dagegen fester, war von härterer Konsistenz und ging bis an die linke Darmbeinschaufel.

Bei der vaginalen Untersuchung konnte man den eben beschriebenen Befund nur bestätigen. Man fühlte daneben noch eine große Zahl kleinerer bis kirsch- und wallnußgroßer Knoten. Die Oberfläche aller dieser Geschwülste war glatt, jedoch der Gesamtuterus von entsprechender, knolliger Beschaffenheit. Am äußeren Genitale und im Innern der Scheide fand sich dunkelrotes Blut. Die Portio und der innere Muttermund entsprachen nach ihrem Bilde dem einer Nulliparen.

Die Diagnose lautete auf Grund des klinischen Befundes: Uterus myomatosis mit fraglicher sarkomatöser Degeneration.

Es wurde nunmehr die Operation beschlossen. Dabei fand sich folgender Befund:

Nach Eröffnung der Bauchhöhle findet man das kleine Becken und den ganzen unteren Bauchraum ausgefüllt von einem vielknolligen myomatösen Uterus. Dieser war allseitig frei beweglich und ließ sich leicht vor die Bauchdecken wälzen. Besonders in seiner linken, oberen Kuppe trägt er zahlreiche knötchenförmige, subseröse Geschwülste. Das linke Ovarium ist in einen gänseeigroßen, cystischen Tumor umgewandelt. Linkes Ovar und Uterus wurden entfernt. Schluß der Bauchhöhle.

Mikroskopisch erwies sich dann das aufgeschnittene Uterus-Cavum nur als stark erweitert. In dieses hinein ragen drei polypöse Gebilde; das größte ist 10 cm lang und 3 cm dick. Schon äußerlich sind an ihm zahlreiche kleinere und größere Cysten zu erkennen, die auf der Schnittfläche fast die Größe einer Kirsche haben. Der beschriebene, kleinere Polyp ging von der Vorderwand der Gebärmutterhöhle aus und saß doch oberhalb des unteren Muttermundes. Seine Verbindung mit der Uteruswand war sehr breit und entsprach etwa einer fünfmarkstückgroßen Fläche. Von hier aus hatte sich der Polyp nach obenhin in das Corpus-Uteri entwickelt. Der zweite Polyp, der im ganzen etwa der Größe einer Feige entsprach, war vorne im Fundus lokalisiert. Der dritte Polyp — von wesentlich kleinerer Beschaffenheit — haftete im linken Tubenwinkel. Von diesem letzteren wurde ein Stück zur mikroskopischen Untersuchung herausgeschnitten. Des weiteren wurden zwei Stellen dem Ansatz des großen Polypen entnommen. Schließlich wurde zur Vervollständigung auch noch ein Teil aus dem Fundus-Polyp untersucht. Uebereinstimmend ergab sich stets das gleiche mikroskopische Bild. Immer wieder fand man zahlreiche cystisch erweiterte Drüsen von einschichtigem Epithel begrenzt, die an keiner Stelle auch nur den Ver-

dacht auf eine bösartige Neubildung gerechtfertigt hätten, sodaß die Diagnose und damit die erklärende Ursache der Blutungen allein auf die adenomatöse Bildung zurückgeführt werden mußte.

V. Fall.

Bei dem 5. Falle handelt es sich um eine 52jährige Patientin die zweimal geboren hatte.

Diese Geburten waren vollkommen glatt verlaufen; auch die Wochenbetten komplikationslos.

Der letzte Partus lag 22 Jahre zurück. Fehlgeburten hatte die Patientin nicht gehabt. Seit 2 Jahren bestand Menopause. Seitdem die Menses der Patientin aufgehört hatte, waren auch sonst keinerlei Blutungen mehr aufgetreten. Weder empfand die Patientin Schmerzen, noch war bei ihr eine Abnahme des Körpergewichtes zu verzeichnen. Das Allgemeinbefinden hatte sich subjektiv in keiner Weise gegenüber früher geändert. Jetzt klagte die Patientin nur über einen übelriechenden, aber niemals blutig gefärbt gewesenen Ausfluß. Diesen beobachtete sie seit etwa 2½ Monaten.

Es bot dann auch der körperliche Zustand der Patientin keinen von der Norm abweichenden Befund. Im Genitaltraktus war neben einem senilen Introitus noch eine Kolpitis festzustellen. Der Uterus lag etwas dextro- und retrovertiert, aber anteflectiert. Er war wenig vergrößert, jedoch im ganzen nicht gut beweglich. An der hinteren Muttermundslippe war ein mandelgroßer Polyp sichtbar. Dieser wurde durch Keilexcision entfernt und anschließend eine Ausschabung der Gebärmutter vorgenommen. Die Uterussondenlänge ergab 7½ cm, die Dilatation bis Hegar 10 gelang sehr leicht. Es wurde nur sehr wenig Schleimhaut-Material gewonnen. Daneben aber ergab sich auch bei der Abrasio im Innern des Uterus ein ebenfalls etwa mandelgroßer Polyp, der leicht mit der Curette abgelöst werden konnte. Danach war das Cavum überall glatt.

Nach diesem Befunde lautete die klinische Diagnose auf fibro-adenomatöser Polyp der Portio und des Cavums mit Verdacht auf Platten-Epithel-Carcinom-Bildung.

Die angeschlossene mikroskopische Untersuchung zeigte ein allerdings sehr kernreiches fibröses Gewebe mit mäßig reichlichen Drüsen durchsetzt. Von diesen waren einzelne ziemlich stark cystisch erweitert. In einigen Gesichtsfeldern zeigt das Epithel kleinere Drüsen und eine Tendenz zur Mehrschichtung. Es fand sich auch eine Stelle, in der größere Zellen mit blasserem Kern festzustellen waren, die reichlich Kernteilungsfiguren aufwiesen.

Danach bestätigte das mikroskopische Bild die klinische Diagnose.

Soweit die klinischen, pathologisch anatomischen und histologischen Befunde der Fälle, die Anlaß waren zu diesen Ausführungen.

Fragen wir uns nun, welches Fazit als Ergebnis aus der vorliegenden Arbeit zu ziehen ist.

Zusammenfassend ist dabei unter Wertung der eingehend beschriebenen beobachteten Fälle zu sagen, daß die Bedeutung des Corpus-Adenoms der Matrone ein Krankheitsbild sui generis darstellt. Die klinische Wertigkeit liegt in erster Linie darin, daß die Erscheinungen sich gewöhnlich erst nach einer mehrjährigen Amenorrhoe und zwar in der Menopause bemerkbar machen. Durch die dann plötzlich erneut auftretenden atypischen Blutungen ist man begreiflicherweise stets veranlaßt, an das Vorhandensein einer bösartigen Neubildung zu denken.

So war es auch bei allen beschriebenen Fällen. Nur mit Ausnahme des einen Falles (IV), in dem sich als Begleitbefund eine große myomatöse Umwandlung des Uterus fand und bei dem man an eine sarkomatöse Entartung dachte, wurde in allen übrigen Fällen stets klinisch zuerst der Verdacht auf ein beginnendes Carcinom geäußert. In dieser Tatsache liegt das große Verdienst von M e n g e , der als Erster auf das Corpusadenom der Matrone hingewiesen hat. Denn mit der Feststellung, daß unter

gleichartigen Symptomen im Klimakterium der Frau sehr wohl auch einmal eine harmlose gutartige Neubildung die Ursache zu den Erscheinungen ist, liegt der Wert des Hinweises von Menge auf dieses Kranheitsbild.

Menge hält mit Recht, wie unsere Fälle zur Genüge gezeigt haben, das Corpus-Adenom der Matrone für ein durchaus gutartiges Gebilde. Auch Hofmeier schließt sich dieser Meinung an. Er ist gleichfalls der Auffassung, daß die eigentlichen adenomatösen Polypen eine stets benigne Bedeutung haben. Dabei muß dennoch einschränkend bemerkt werden, daß selbst bei mikroskopischem Nachweis der Gutartigkeit Vorsicht am Platze ist. Es lehrt auch die Beobachtung von Knauß, daß stets bei solchen Bildungen Obacht geboten und sorgfältigste, längere Kontrolle der Patientin nach Entfernung der Neubildung notwendig ist. In der Hauptsache stützt uns dabei die histologische Diagnose. Sie darf unter keinen Umständen jemals außer acht gelassen werden. Dabei dürfte es ratsam sein, sich nicht nur mit einem Schnitt aus dem entfernten Polypen zu begnügen. Wir haben gesehen, daß die Bilder der verschiedenen Gesichtsfelder oft einen wesentlich untereinander differierenden Charakter zeigen. Es dürfte dabei nicht belanglos sein, aus welchem Abschnitt des Genitaltraktus das Gebilde stammt. Polypen der Portio resp. der Cervix und des Corpus-Uteri unterscheiden sich von vorneherein histologisch in ihrem Aufbau. Somit ist auch die Grundlage zur Entstehung bösartiger Neubildungen in diesen Abschnitten eine verschiedene und, da wir wissen, daß die Gewebe, die hier in Frage kommen, in dem Alter, in dem Atrophie und Degenerationsprozesse an Stelle des aufbauenden Gewebes getreten sind, mehr zur Entartung neigen, so verdient das dieser Arbeit zugrunde liegende Krankheitsbild schon, daß zu mindestens der Arzt es auch kennt. Dazu kommt, daß die Bildung von Polypen gerade in den Jahren nach Aufhören der Periode nicht zu den Seltenheiten gehört. Ihre umfassende Kenntnis sich anzueignen, ist deswegen keine unbillige Forderung. Wie die vorlie-

genden Fälle gezeigt haben, ist die klare Diagnose klinisch allein kaum mit Sicherheit zu stellen. Deshalb sei auch zum Schlusse erneut die Forderung betont, daß klinisch und mikroskopisch hier Hand in Hand gearbeitet werden muß, will man zum Besten des Patienten handeln.

Was nun die therapeutischen Maßnahmen angeht, so können diese in Kürze besprochen werden. Es kann selbstverständlich die Behandlung der polypösen Form des Adenoms nur eine operative sein. Sie hat stets darin zu bestehen, daß man die Neubildungen möglichst radikal entfernt und, um das Neuentstehen zu vermeiden, immer eine Abrasio anschließt. Dabei gilt, daß auch in den Fällen, die klinisch einen gutartigen Eindruck erwecken, man sich mit der eben angegebenen Maßnahme nicht ohne weiteres begnügen darf. Wir wissen und haben es auch an den Fällen bereits dargetan, daß auf der Grundlage eines Polypen sich auch bösartige Prozesse entwickeln können. Daraus ergibt sich die Berechtigung der Forderung, daß man stets die histologische Untersuchung des gewonnenen Materials ausführt. Ergibt diese auch nur die leisesten Anhaltspunkte für eine Bösartigkeit, so ist genau so vorzugehen, wie wenn man es mit einem malignen Neoplasma allein in den betreffenden Abschnitten der Geburtswege zu tun hätte. Ratsam erscheint es dann, die Totalexstirpation des Uterus mit anschließender Röntgenbestrahlung auszuführen. Wir stehen dabei auf dem Standpunkt, daß es in solchen Fällen angebracht erscheint, auch eine Revision der Ileo-Coecaldreiecke vorzunehmen. Schon aus diesem Grunde halten wir den operativen abdominalen und nicht den vaginalen Weg bei entarteten Prozessen für den einzig möglichen und richtigen. Es genügt nach unserer Meinung nicht, wenn man bei Polypen mit histologisch nicht einwandfreien Befunden sich mit einer Radiumnachbestrahlung oder nur eine Röntgen-Bestrahlung begnügt. Wer Anhänger dieses Verfahrens in solchen Fällen sein sollte, muß zum mindesten die Patienten nach der Behandlung auf wenigstens 5 Jahre lang in ständiger Beobachtung behalten, um bei

recidivierenden oder fortschreitenden Prozessen möglichst rasch eingreifen zu können. Aber auch dann, wenn die Gutartigkeit durch das Mikroskop erwiesen ist, halten wir eine noch längere Nachbeobachtung der Patientin für erforderlich.

Nur wenn mit solcher Sorgfalt nach genauer Kenntnis gearbeitet oder vorgegangen wird, dürften Irrtümer vermieden werden. Dann auch erst wird der Arzt sich der Bedeutung dieses bis heute noch zu wenig bekannten Krankheitsbildes bewußt sein.

Literatur-Angaben.

Bröse: Gesellschaft f. Gyn. u. Geb. zu Berlin, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 31.

Duncan und Slavjansky: Obsktr. Journ. Great Britian 1873.

Eulenberg: Real-Encyclopaedie Bd. 25, S. 253.

Fürst: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 14.

Gebhard: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 33.

Gurlt: Monatsschr. f. Geburtsk. Berlin 1860 Juli.

Gusserrow: Handbuch der Frauenkrankheiten v. Billroth u. Surcke, Bd. II.

Hofmeier: Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane.

Huggiens: Amer. journ. of obstrt. and gyn. 1922 Nobr.-Zentralbl. f. Gyn. 1923 Nr. 294.

Klob: Pathol. Anatomie der weibl. Sexualorgane.

Klotz: Arch. f. Gyn. XXIX, Heft 1.

Knauß und Camerer: Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 34.

Köberle: Zentralblatt für Gynäkologie 1889 Nr. 15.

Krukenberg: Monatsschrift f. Geb. und Gyn. Bd. V, Heft 2.

Küstner: Zentralbl. f. Gyn. 1884 Nr. 21.

Mayer jun.: Monatsschr. f. Gebk. Berlin 1857 Bd. IX, Heft 2 „Uteruspolypen".

Meißner: Ueber die Polypen usw. Leipzig 1820.

Menge: Zentralbl f. Gyn. 1922 Nr. 1.

Meyer, Rob.: Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. Berlin — Zentralbl. f. Gyn. 1921 Nr. 45

Michon (Lyon): Zentralbl. f. Gyn. 1924 Nr. 19

Michon, L.: Lyon med. Bd. 132 Nr. 13, 1923 — Berichte über Gyn. Bd. 2.

Olshausen: Arch. f. Gyn. Bd. 8, 1875.

Ruge und Veit: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 6 Abschn. XIII.

Schatz: Arch. f. Gyn. Bd. XXII.

Schröder, K.: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. I, 189.

Thies: Zentralblatt f. Gyn. 1907 Nr. 7.

Tixier und Michon: Gynäkol. et abstit. Bd. 9 Nr. 3.

Tourneux und Georgres: Bull. et men. de la soc. anat. de Paris 1920 März.

Zeller: Zeitschr f. Geb. u. Gyn. XI, 1.

Lebenslauf.

Ich bin am 20. Juli 1899 zu Hörde i. W. geboren als Sohn des Kaufmanns Karl Schönebaum in Hörde. Nach 4jähriger Ausbildung in der Volksschule zu Hörde besuchte ich die Realgymnasien in Hörde und Dortmund.

Im Juni 1917 wurde ich zum Heeresdienste einberufen.

1919 machte ich mein Abiturientenexamen.

Anfang 1920 begann ich das medizinische Studium, legte 1922 in Münster i. W. das ärztliche Vorexamen (Physikum) und Weihnachten 1925 in Heidelberg i. Baden mein medizinisches Staatsexamen ab.

Julius Schönebaum.

Herrn Geh. Hofrat Prof. Dr. Menge spreche ich für die gütige Ueberlassung des Materials sowie die freundliche Unterstützung, welche er mir bei der Arbeit zuteil werden ließ, meinen herzlichen Dank aus.